



Plan Individualizado de Servicios para Familias Para _____ y Familia

Fecha _____



La misión del Programa de Intervención Temprana de Arizona es mejorar la capacidad de las familias que tienen infantes o niños en el desarrollo o una discapacidad al proporcionarles apoyo para que prosperen en sus hogares y comunidades.



Programa de Intervención Temprana de Arizona

Información sobre niño(a) y familia

Identificación	
Fecha inicial de referencia a AzEIP	
Fecha de elegibilidad en AzEIP	
Fecha Inicial/Anual de IFSP (marque uno)	
Revisión de seis meses	
Otras revisiones	

Nombre de Niño (a) _____		Fecha de Nacimiento _____	Sexo _____
Primer Nombre	Segundo	Apellido	
Dirección _____		Ciudad _____	Código Postal _____
Teléfono _____	Condado _____	Distrito Escolar _____	
Idioma que se habla en casa _____		Idioma del Niño _____	Necesita Interpretador Si _____ No _____ Si, en que idioma? _____
Origen Étnico _____	Tribu Nativa Americana _____	Reservación _____	
Direcciones para llegar a su casa _____			
Niño vive con (Nombre) _____		Parentesco: _____	
Padres del Niño, si es diferente al anterior:			
Nombre _____		Numero de Teléfono _____	
Miembros de la Familia _____			
Padre Suplente (si es necesario) _____		Dirección y Numero de Teléfono _____	
IPP Líder de Equipo _____		Agencia/Programa/Teléfono _____	
Coordinador de Servicios _____		Agencia/Programa/Teléfono _____	

Planeación inicial de la evaluación

Solo para IFSP Inicial

La siguiente información es importante para diseñar la evaluación de su niño(a). Esto ayudara a cubrir sus preocupaciones al igual que las áreas requeridas por el programa La siguiente es información que debe considerar durante la evaluación...

Nacimiento/Historial Médico: ¿Hubo alguna enfermedad, acontecimiento, circunstancias o diagnósticos que pudieron tener un impacto en la salud o el desarrollo de su hijo?

Historia del Desarrollo: ¿Ha desarrollado su niño(a) las habilidades que usted esperaba?

Preguntas o preocupaciones que usted quisiera que se tomaran en cuenta durante la evaluación:

Cosas que mi hijo(a) hace bien y esta interesado en hacer:

**Arizona Early Intervention Program
HEARING SCREENING TRACKING FORM**

Child's Name: _____

DOB: _____

Mother's Maiden Name: _____

Birth Order (multiples): A B C D

Date: _____

Birth Hospital: _____

1. Review of Medical History/Records		2. Indicators for Children Who are at Risk for Late Onset or Progressive Hearing Losses	
Previously Diagnosed Hearing Loss? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Check risk factors that are present:	
Newborn Hearing Screening		Parental/ caregiver concern regarding hearing, speech, language, and or developmental delay Family history of permanent childhood hearing loss. Postnatal infections associated with sensorineural hearing loss including bacterial meningitis Head trauma Recurrent/ persistent otitis media with effusion for at least 3 months Stigmata/ other findings associated with a syndrome known to include sensorineural/ conductive hearing loss/ Eustachian tube dysfunction. Syndromes associated with progressive hearing loss such as neurofibromatosis, osteopetrosis and Usher's syndrome.	
In-Patient Results	OAE Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer ABR Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer		
Outpatient Screen (follow-up from Newborn Screen)			
Out-Patient Results	Date: _____ OAE Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer ABR Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer		
Where was screening completed:		Neonatal indicators-specifically hyperbilirubinemia at a serum level requiring exchange transfusion, persistent pulmonary hypertension of the newborn associated with mechanical ventilation, and conditions requiring the use of extracorporeal membrane oxygenation (ECHMO.) Neurodegenerative disorders, such as Hunter syndrome, or sensory motor neuropathies, such as Friedreich's ataxia and Charcot-Marie-Tooth syndrome. Chemo-therapy	
Hearing Evaluation ABR			
Where was test completed:			
Date: _____	Results: _____		
Recommendations: _____			
Hearing Evaluation Behavior Testing (audiogram)			
Where was test completed:			
Date: _____	Results: _____		
Recommendations: _____			
Guideline For Follow-up Hearing Screening:			
<ul style="list-style-type: none"> • If a child passed a newborn hearing screening within the last 6 months and presents with no risk factors for late-onset or progressive hearing loss, then the child does not need further objective screening for one year. • If a child does not pass the screening the child should get a follow-up hearing screening within 2-4 weeks. If the child does not pass the follow-up screening, they should receive a medical evaluation of the middle ear and evaluation by a pediatric audiologist to rule out hearing loss. 			
Results of Hearing Screening			
Date: _____		Screener: _____	
Visual Inspection	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer	Left	Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Pure Tone	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test	Left	Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test
<input type="checkbox"/> Tympanometry	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test	Left	Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test
Recommendations: _____			
Rescreen			
Date: _____		Screener: _____	
Visual Inspection	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer	Left	Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Pure Tone	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test	Left	Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test
<input type="checkbox"/> Tympanometry	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test	Left	Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Could not test
Recommendations: _____			
Referred to: _____		Date: _____	



VISION SCREENING CHECKLIST

NOTE TO SCREENERS AND PARENTS:

This screening was developed to use with infants, toddlers and young children who cannot participate in an acuity screening.

When a child can match, select, identify or name a picture or symbol that is the same as the one the screener is showing to the child, one of the formal acuity screenings designed for early learners should be given as a supplement to this checklist screening.

CHILD'S NAME: _____	Screener Agency: _____
Child's Date of Birth: _____	Chronological age (age at the time of the screening): _____
Adjusted age (for prematurely born children now under two years, subtract # of weeks prematurely from the chronological age): _____	
Person(s) completing the checklist : 1. (parent/caregiver) _____	
2. _____	
3. _____	
(Please write your role on the child's team or your agency after your name) _____	
CHECKLIST COMPLETION DATE: _____	
SCREENER NOTE : Completed screenings with indicators checked require a <u>family copy</u> to share with health care provider.	

If your child has not seen an eye doctor yet, completing this screening will give you an indication of possible concerns or signs to watch for.

If your child has already seen an eye doctor, completing this screening will tell more about how your child uses vision.

THERE IS NO SCREENING THAT WILL SUBSTITUTE FOR AN EYE EXAM BY A PEDIATRIC EYE DOCTOR.

Has the child seen an eye doctor (an ophthalmologist, M.D. or an optometrist, O.D.) ? YES NO

If yes, DOCTOR'S NAME : _____

DOCTOR'S ADDRESS or PHONE : _____

ADDITIONAL VISION INFORMATION (diagnosis, glasses or other treatment, follow up scheduled or anticipated) : _____

RISK FACTORS FOR VISION LOSS
These are family and medical history details that have a high incidence of vision loss in infants and toddlers
<input type="checkbox"/> Family history of eye conditions <u>other than glasses wear or age related cataracts?</u>
LIST Family eye condition: _____
<input type="checkbox"/> <u>Meningitis or encephalitis</u>
<input type="checkbox"/> Maternal history of infection during pregnancy (CMV, toxoplasmosis, rubella, STD)
<input type="checkbox"/> Premature birth of 36 weeks or less
NUMBER OF WEEKS:
<input type="checkbox"/> Exposure to oxygen more than 24 hours
<input type="checkbox"/> Head trauma episode
<input type="checkbox"/> Seizure Disorder
<input type="checkbox"/> Birth Weight of less than 3 lbs. (or 1300 grams)
BIRTH WEIGHT:
<input type="checkbox"/> Neurological Issues
<input type="checkbox"/> Significant prenatal exposure to alcohol or drugs including prescription drugs
<input type="checkbox"/> A parent/caregiver concern about the way the child uses vision.
LIST CONCERNS:
*Note: If your child has identified RISK FACTORS , ask your health care provider how the risk factors might affect your child's vision.

BEHAVIORAL SIGNS THAT MIGHT INDICATE VISION LOSS
These are known ways that young children behave when they are experiencing some difficulty using their vision
<input type="checkbox"/> Tilts or turns head to one side while looking (if child is older than 6 months)
<input type="checkbox"/> Does not notice people or objects when placed in certain areas
<input type="checkbox"/> Responds to toys only when there is an accompanying sound (if child is older than 6 months)
<input type="checkbox"/> Moves hand or object back and forth in front of eyes (if child is older than 12 months)
<input type="checkbox"/> Eyes make constant, quick movements or appear to have a shaking movement (this is called nystagmus)
<input type="checkbox"/> Squints, frowns or scowls when looking at objects
<input type="checkbox"/> Consistently over or under reaches (if child is older than 6 months)
<input type="checkbox"/> Cannot see a dropped toy (if child is older than 6 months)
<input type="checkbox"/> Brings objects to one eye rather than using both eyes to view
<input type="checkbox"/> Covers or closes one eye frequently
<input type="checkbox"/> Eyes appear to turn inward, outward, upward, or downward (if child is older than 6 months)
<input type="checkbox"/> Places an object within a few inches of eyes to look (if child is older than 12 months)
<input type="checkbox"/> Trips on curbs or steps (if child is older than 18 months)
<input type="checkbox"/> Thrusts head forward or backward when looking at objects
<input type="checkbox"/> Eyepoking, rocking, staring at bright lights frequently
*Note: If your child has identified BEHAVIORIAL SIGNS , send a copy of the completed checklist to your child's health care provider and ask to discuss referring your child to a pediatric eye doctor.

- No indicators** are checked. Further attention to vision is not indicated at this time.
- One or more risk factors** have been identified. **Copy to family** for risk factor discussion with family health care provider.
- One or more behavioral signs** have been identified. **Copy to family** for their health care provider to review for health care system referral to a **pediatric eye doctor** for a complete eye exam.

A checklist screening is a general indicator. Not every child with a screening checkmark will have a vision problem.

Some children without a checkmark will still have a vision problem that was not consistent enough to show up when the checklist was completed. If your child begins to show signs of poor vision use or if there is a significant change in vision, contact your child's health care provider. **REQUIRED Signature (person completing this form with parent/caregiver):** _____

Resultado de Elegibilidad

Solo para IFSP Inicial

Fecha de Referencia _____ Fuente de Referencia _____

Preocupaciones de los padres/
Razón de la referencia _____

Fecha de Elegibilidad para AzEIP y Resultado _____ Elegible No Elegible

En caso de ser Elegible:

Marcar la Condición Establecida

_____ Anormalidad en las cromosomas	_____ Hemorragia Intraventricular (Grado III o IV)	_____ Problemas en el crecimiento/Desnutrición Pediátrica
_____ Desorden metabólico	_____ Leukomalacia periventricular	_____ Vínculos Severos en el desarrollo de Apego
_____ Defecto en el Tubo Neural	_____ Parálisis Cerebral	_____ Otro (nombre)
	_____ Impedimento Auditivo	
	_____ Impedimento Visual	

marcar el área(s) con un 50% o más de retraso

_____ Físico _____ Social/Emocional _____ Comunicación _____ Cognitivo _____ Adaptivo

Opinión Clínica (cuando el retraso es menos del 50% y el niño(a) no tiene ninguna condición establecida, el equipo debe incluir justificación para la elegibilidad):

Nombre de los miembros del equipo de la evaluación Multidisciplinaria _____ Disciplina _____

--	--

Nombre de otros que proporcionaron información acerca del desarrollo del Niño(a) _____ Disciplina o papel desempeñado _____

--	--

La decisión de elegibilidad fue basada en: (marcar todos los que apliquen)

_____ Revisión de expediente Médico _____ Observación del niño(a) _____ Otro (especifique)

_____ Historia del Desarrollo _____ Instrumento de evaluación estandarizado (especifique)

_____ Reporte Familiar _____ Instrumento no estandarizado (especifique)

Agencia del Coordinador de Servicios (primario)	Fecha de Elegibilidad de Agencia	Teléfono
Agencias de AzEIP para cuales el Niño(a) es elegible (fechar todos los que apliquen)		
	División de Discapacidades del Desarrollo (DES/DDD)	Si no es Elegible, anotar referencias para recursos en la comunidad
	Escuela Estatal de Arizona para Sordos y Ciegos (ASDB)	

Recursos Familiares, Prioridades, Preocupaciones y Intereses **Relacionados con el Desarrollo del niño(a)**

Nos gustaría saber más acerca de usted y su familia para poderlos apoyar y ayudar en el aprendizaje y crecimiento de su niño(a). Hay muchas áreas de las cuales podemos platicar; algunos ejemplos de esto, están mencionados abajo. Por el momento, usted puede decidir no hablar con nosotros sobre ninguno de estos temas.

- Que es lo que quiero para mi niño(a) y familia...Ahora o en el futuro
- Cuales son mis cualidades como padre...
- Preguntas que tengo sobre el desarrollo de mi niño(a) o sus habilidades para participar en actividades cotidianas, como disfrutar al tomar el biberón o dándole pecho; que se calme a si mismo y que pueda dormir, que sepa expresar lo que quiere, tenga la habilidad de moverse dentro de su ambiente.
- Recursos familiares y comunitarios que ayudan a nuestra familia...Los recursos pueden ser informales, por ejemplo, amigos, familiares, vecinos y miembros de la Iglesia. Recursos formales incluyen programas de servicio social, programas educativos y otros profesionales.
- Recursos familiares y comunitarios en los cuales estamos interesados para ayudar a nuestra familia.
- Actividades que nos interese planear para un futuro (por ejemplo viaje familiar, mudanza, lectura de cuentos en la biblioteca, acudir a un juego de béisbol) y nos preguntamos como nuestro hijo pudiera participar.

Fecha:

Oportunidades de Aprendizaje

Actividades cotidianas de la familia, Lugares e Interacciones

Los niños aprenden y crecen cada día. Los niños aprenden por medio del juego, interactuando con otros, y a través de rutinas cotidianas como, a la hora de dormir, hora de la comida y mientras juegan. Las dificultades y fortalezas del desarrollo de su niño(a) son reflejadas durante sus rutinas diarias e interacciones.

- ¿Como pasa su familia el día?
- ¿Donde y con quien pasa el tiempo su niño(a)?
- ¿Que persona, juguetes, actividades, rutinas y lugares le interesan y/o cuales lo frustran más?
- ¿Cuales actividades, rutinas o lugares le interesan más a su familia?

Fecha:

Salud y Estado Medico

Díganos sobre la salud de su niño(a). Incluya preocupaciones de salud, nuevos diagnósticos, enfermedades serias o accidentes, convulsiones, hospitalizaciones y medicamentos que toma regularmente.

Fecha:

Doctores y especialistas que proveen cuidados de salud para su hijo(a)

Médico de Cuidado Primario (PCP)		Dirección/Teléfono	
Otros, nombre y especialidad			

Seguro Médico/Plan		# de Grupo		Fecha Efectiva de Cobertura	
Nombre del asegurado		# de identificación			

¿Es su niño(a) elegible para cuidado a largo plazo de AZ(ALTCS)? Si ____ No ____ Plan médico de ALTCS

Resumen de Niveles Actuales de Desarrollo del Niño(a)

Para ayudarnos a planear como podemos proveerle apoyos y servicios a usted y su niño, nosotros preparamos un resumen de la salud, crecimiento y desarrollo de su niño(a). Usted ya nos ha ayudado a recopilar esta información. Posible fuente de información para este resumen incluyen conversaciones que nosotros hayamos tenido con usted, observaciones de la rutina diaria de su niño, evaluación formal, y reportes médicos.

Áreas para tomar en consideración en el contexto de las rutinas y actividades de la familia incluyen la capacidad de aprender y usar nuevas habilidades, establecer nuevas relaciones con otras personas, y ser independiente dentro de las rutinas familiares. Las áreas de desarrollo que emergen en esta descripción del niño incluyen desarrollo físico incluyendo visión y audición, habilidades de movimiento amplios y finos, habilidades adaptivas, habilidades socio-emocionales, comunicación y desarrollo cognitivo.

Para el IFSP inicial y anual:

La lista de chequeo fue completado el _____ por _____.

Había _____ indicadores o factores del riesgo marcados. Una copia del formulario de evaluación fue provisto a la familia para que puedan compartirlo con su medico de cuidado primario para un examen complementario de la visión el _____.

El formulario de evaluación del oído fue completado el _____ por _____.

El tipo de evaluación era _____ y el resultado fue * _____.

Una copia del formulario de evaluación fue provisto a la familia para que puedan compartirlo con su medico de cuidado primario para un examen complementario el _____.

*(Si una evaluación del oído no ha sido completado dentro de 6 meses, se debe incluir estrategias para obtener una evaluación del oído en el IFSP.)

Fecha _____

Resumen de los niveles actuales de desarrollo del niño(a), continuación

Esta página puede ser utilizada como continuación de la página previa, o para tomar notas de actualización durante una revisión

Fecha:

Resultado Funcional para Niño(a) y Familia

Resultado #

¿Que desea ver su familia que ocurra o que cambie como resultado de la intervención temprana?				
¿Que está sucediendo ahora en relación a este resultado?				
¿Que estrategias utilizaremos juntos para lograr este resultado? Incluya actividades, personas, y rutinas cotidianas del niño(a) y familia.				
¿Como nos daremos cuenta del progreso que hemos logrado?				
Revisión del Resultado <i>Nosotros como equipo hemos actualizado este resultado y hemos decidido: (poner fecha en cualquiera que aplique)...</i>	Este es un nuevo resultado:	Fecha:	Hemos terminado o cumplido este resultado:	Fecha:
	Continuaremos con este resultado:	Fecha:	Hemos revisado este resultado:	Fecha:
	Descontinuar este resultado:		Fecha:	

Resultado Funcional para Niño(a) y Familia

Resultado #

¿Que desea ver su familia que ocurra o que cambie como resultado de la intervención temprana?				
¿Que está sucediendo ahora en relación a este resultado?				
¿Que estrategias utilizaremos juntos para lograr este resultado? Incluya actividades, personas, y rutinas cotidianas del niño(a) y familia.				
¿Como nos daremos cuenta del progreso que hemos logrado?				
Revisión del Resultado <i>Nosotros como equipo hemos actualizado este resultado y hemos decidido: (poner fecha en cualquiera que aplique)...</i>	Este es un nuevo resultado:	Fecha:	Hemos terminado o cumplido este resultado:	Fecha:
	Continuaremos con este resultado:	Fecha:	Hemos revisado este resultado:	Fecha:
	Descontinuar este resultado:		Fecha:	

Resultado Funcional para Niño(a) y Familia

Resultado #

¿Que desea ver su familia que ocurra o que cambie como resultado de la intervención temprana?				
¿Que está sucediendo ahora en relación a este resultado?				
¿Que estrategias utilizaremos juntos para lograr este resultado? Incluya actividades, personas, y rutinas cotidianas del niño(a) y familia.				
¿Como nos daremos cuenta del progreso que hemos logrado?				
Revisión del Resultado <i>Nosotros como equipo hemos actualizado este resultado y hemos decidido: (poner fecha en cualquiera que aplique)...</i>	Este es un nuevo resultado:	Fecha:	Hemos terminado o cumplido este resultado:	Fecha:
	Continuaremos con este resultado:	Fecha:	Hemos revisado este resultado:	Fecha:
	Descontinuar este resultado:		Fecha:	

Resultado Funcional para Niño(a) y Familia

Resultado #

¿Que desea ver su familia que ocurra o que cambie como resultado de la intervención temprana?			
¿Que está sucediendo ahora en relación a este resultado?			
¿Que estrategias utilizaremos juntos para lograr este resultado? Incluya actividades, personas, y rutinas cotidianas del niño(a) y familia.			
¿Como nos daremos cuenta del progreso que hemos logrado?			
Revisión del Resultado <i>Nosotros como equipo hemos actualizado este resultado y hemos decidido: (poner fecha en cualquiera que aplique)...</i>	Este es un nuevo resultado:	Fecha:	Hemos terminado o cumplido este resultado:
	Continuaremos con este resultado:	Fecha:	Hemos revisado este resultado:
	Descontinuar este resultado:		Fecha:

Justificación de resultados de intervención temprana que no pueden ser conducidos satisfactoriamente en un ambiente natural

Resultado #	Servicio	Lugar de Servicio	Nombre del Proveedor de Servicio
-------------	----------	-------------------	----------------------------------

Explique como y porque los resultados o estrategias no se pudieron lograr en un ambiente natural. Si no ha habido progreso satisfactorio del resultado en su ambiente natural incluya una descripción del porque ambientes alternos naturales no han sido seleccionados o porque el resultado no se ha modificado.

Explique como los servicios proporcionados en este lugar pueden ser integrados dentro de las actividades, lugares y rutinas familiares.

Describir un plan, plazo y apoyos necesarios para que el resultado sea cumplido en un ambiente natural.

Plan y Plazo de Transición

Actividades	Pasos a seguir	Plazo	Fecha en que se logro
A los padres de familia se les informo de los programas y servicios disponibles para cuando el niño cumpla tres años de edad.	El Coordinador de Servicios empieza a compartir información acerca de la transición del programa de Intervención Temprana que sucede a la edad de tres años.	Durante el Registro con AzEIP.	
Con el consentimiento de los padres, esta información se compartirá con el Distrito Escolar.	El Coordinador de Servicios discute con los padres el consentimiento y al igual manda los documentos al Distrito Escolar.	Antes de la conferencia de Planeación para transición	
Completar la asesoría de todas las áreas del desarrollo incluyendo la revisión	El Coordinador de Servicios trabaja con el equipo para asegurarse que la asesoría completa del desarrollo esté al día.	En o antes de la reunión previa a la transición.	
Conferencia de Planeación para la Transición	Utilizando la Invitación para Participar, Parte 1 de la forma del Resumen de la Conferencia de Planeación para Transición, el coordinador arregla una junta con el representante del distrito escolar cuando menos dos semanas antes de la conferencia.	2.3 años – 2.9 años	
Resumen de la conferencia de transición	El coordinador de servicios documenta la gente, eventos y plazos que se acordaron durante la junta usará la parte II del Resumen de la Planeación para Transición y comparte copias con los miembros del equipo del IFSP.	Durante la conferencia de plantación	
Atender la conferencia multidisciplinaria para elegibilidad de la prescuela	El coordinador de servicios y el proveedor del equipo del IFSP proporcionan información para ayudar en la determinación de elegibilidad de educación especial preescolar.	Para el tercer cumpleaños del niño(a)	
Si la familia escogió otro programa que no sea educación especial, anotar referencias a los programas comunitarios	Otras referencias pueden ser hechas en este momento pero los procedimientos puedan variar. El coordinador de servicios y familia pueden mandar documentos a los programas seleccionados	Para el tiempo de salida del Programa de Intervención Temprana o para el tercer cumpleaños de niño(a)	
Participar en la junta del Plan Individualizado de Educación (IEP)	El coordinador y otros miembros del equipo del IFSP participan en la junta IEP.	Para el tercer cumpleaños del niño(a)	
Otros pasos a seguir para asegurar una transición con éxito del Programa de Intervención Temprana	El coordinador ayudará a que la familia visite programas locales o preescolares privadas y dará información de lo disponible en la comunidad.	Para el tercer cumpleaños del niño(a)	

Apoyos y Servicios que se requieren para avanzar hacia los resultados

Apoyos/Servicios Cada servicio y apoyo requiere relacionarse con un resultado	Resultado	¿Quién lo hará?	Con que frecuencia y cuanto tiempo cada vez? (Frecuencia)	¿En que ambiente se llevará acabo esta actividad?	¿Quien lo pagará?	Fecha Planeada para empezar	Fecha de Inicio	Fecha planeada para terminar	Fecha de conclusión
Coordinación de Servicios									
Otros servicios que necesite	Pasos que se tomaron para asegurar los servicios								
Otros servicios actuales	Notas/Comentarios								

Equipo de IFSP

Consentimiento de los padres para obtener servicios de intervención temprana									
He participado en el desarrollo de este IFSP y entiendo su contenido. Entiendo que puedo aceptar o rehusar cualquier o todos los servicios identificados en el IFSP. Entiendo que mi consentimiento para obtener servicios puede ser cancelado en cualquier momento. POR FAVOR PONGA sus iniciales y FIRME en el espacio proporcionado.									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;">Inicial/</td> <td style="width: 15%; border: none;">Anual</td> <td style="width: 15%; border: none;">6 Meses</td> <td style="width: 15%; border: none;">Otro</td> <td style="width: 45%; border: none;"></td> </tr> </table>					Inicial/	Anual	6 Meses	Otro	
Inicial/	Anual	6 Meses	Otro						
1				Estoy de acuerdo con el IFSP como está propuesto y escrito. Entiendo con mi firma que: (a) He sido completamente informado de los apoyos/servicios que están propuestos; (b) Mi coordinador de servicios explicó mis derechos bajo este programa y he recibido una copia del folleto de Salvaguardas Procesales para las familias de AzEIP; y (c) Doy mi permiso para implementar este IFSP como está escrito.					
2				No estoy de acuerdo con el IFSP como esta escrito. Mi coordinador de servicios me explico mis derechos bajo este programa y he recibido una copia del folleto de Salvaguardas Procesales para las familias de AzEIP. [Se le debe de dar a la familia Aviso de Acción.] Doy mi permiso para que los siguientes servicios/apoyos empiezan. (anote los servicios):					
3.	He recibido una copia de la encuesta Familiar de AzEIP (Únicamente en IFSP Anual)								

Firma de Padre/Padre Suplente (Inicial/Anual)	Fecha
Firma de Padre/Padre Suplente (6 meses)	Fecha
Firma de Padre/Padre Suplente (Otro)	Fecha
Fechas que el IFSP fue revisado con una junta.	

Nota: Los padres indicaran su aprobación a los cambios hechos al IFSP poniendo sus iniciales y fecha a los cambios (a menos que la petición haya sido por teléfono..)

Anote los miembros del equipo IFSP, aún que no estén presentes, que hayan contribuido al desarrollo de este IFSP, use páginas adicionales si es requerido.

			Fecha Presente	Fecha cuando se entregó reporte
Coordinador de Servicios	Agencia/Programa	Teléfono		
Líder de Equipo/Miembro	Agencia/Programa	Teléfono		
Miembro de Equipo	Agencia/Programa	Teléfono		

Equipo de IFSP, continuación

			Fecha Presente	Fecha cuando se entregó reporte
Miembro de Equipo/Parentesco	Agencia/Programa	Teléfono		
Miembro de Equipo/Parentesco	Agencia/Programa	Teléfono		
Miembro de Equipo/Parentesco	Agencia/Programa	Teléfono		

Además de los miembros del equipo del IFSP, autorizo que copias de este documento se envíe a individuos o agencias mencionadas abajo:

Fecha	Nombre	Para el Propósito de: (información, colaboración etc.)
Firma de Padre/Padre Suplente		Fecha
Firma de Padre/Padre Suplente		Fecha
Firma de Padre/Padre Suplente		Fecha
Firma de Padre/Padre Suplente		Fecha